



## JOINT STATEMENT ON RESUSCITATIVE INTERVENTIONS (UPDATE 1995)

**This joint statement includes: guiding principles for health care facilities when developing cardiopulmonary-resuscitation (CPR) policy; CPR as a treatment option; competence; the treatment decision, its communication, implementation and review; and palliative care and other treatment. This joint statement was approved by the Canadian Healthcare Association, the CMA, the Canadian Nurses Association and the Catholic Health Association of Canada and was developed in cooperation with the Canadian Bar Association.**

This joint statement is intended to provide guidance for the development of policies regarding the appropriate use of cardiopulmonary resuscitation (CPR). It replaces the 1984 Joint Statement on Terminal Illness and applies to all recipients, including children. The sponsors of this statement encourage health care facilities to develop policies for their institutions.

CPR was developed as a treatment intervention for cases of sudden unexpected cardiac or respiratory arrest. CPR is understood to include mouth-to-mouth resuscitation, chest compression, bag-and-mask positive-pressure ventilation, intubation and defibrillation. However, unless a specific order to the contrary (do-not-resuscitate [DNR]) has been recorded on the person's health record by the responsible physician, it has come to be used as a standard intervention in virtually all cases of sudden cardiac or respiratory arrest, whether unexpected or not. (Throughout this document "arrest" is taken to include severe bradycardia in children.)

After several decades of experience and review, it appears that there are people who benefit from this treatment and others for whom there is no benefit and potential significant harm. In these latter situations, CPR is not only generally unsuccessful but also inappropriate, as it may serve only to increase pain and suffering and prolong dying. Withholding resuscitation does not imply the withholding of treatment and supportive care, including palliative care.

It is timely to reconsider the use of resuscitative interventions in the context of a changing societal environment, which recognizes the autonomy of the individual, encourages increased public discussion of bioethical issues and stresses the need for empirical evidence of positive patient outcomes following treatment.

### Policy development

#### General

Health care facilities are encouraged to make use of an interdisciplinary committee to develop a policy, a program for policy implementation and a conflict-resolution mechanism.

This committee should include lay people and representatives of medicine, nursing, social work, pastoral care and other disciplines as required, with access to legal and ethical consultation.

The policy should identify which resuscitative interventions are available in the facility; with the conflict-resolution mechanism, it should ensure sensitivity to cultural and religious differences. The implementation program should include education of all those who will be affected by the policy, including caregivers. The policy must be in accordance with relevant federal and provincial or territorial law. It should be reviewed regularly and revised when necessary in light of developments in clinical, ethical and legal aspects of the topic.

Since policies and guidelines cannot cover all possible situations, appropriate consultation mechanisms should be available to address specific issues in a timely manner.

#### Guiding principles

The following principles are integral to the development of CPR policy:

1. Good health care requires open communication, discussion and sensitivity to cultural and religious differences among caregivers, potential recipients of care, their family members and significant others.
2. A person must be given sufficient information about the benefits, risks and likely outcomes of all treatment options to enable him or her to make informed decisions.
3. A competent person has the right to refuse, or withdraw consent to, any clinically indicated treatment, including life-saving or life-sustaining treatment. Competence can be difficult to assess because it is not always a constant state. A person may be competent to make decisions regarding some aspects of life but not others; as well, competence can be intermittent — a person may be lucid and oriented at certain times of the day and not at others. The legal definition and assessment of competence are governed by the provinces or territories. Facilities should be aware of the laws (e.g., capacity to consent and age of consent) regarding the assessment and documentation of incompetence.

4. When a person is incompetent, treatment decisions must be based on his or her wishes, if these are known. The person's decision may be found in an advance directive or may have been communicated to the physician, other members of the health care team or other relevant people. In some jurisdictions, legislation specifically addresses the issue of decision making concerning medical treatment for incompetent people; the legislative requirements should be followed.
5. When an incompetent person's wishes are not known, treatment decisions must be based on the person's best interests, taking into account:
  - (a) the person's known values and preferences,
  - (b) information received from those who are significant in the person's life and who could help in determining his or her best interests,
  - (c) aspects of the person's culture and religion that would influence a treatment decision, and
  - (d) the person's diagnosis and prognosis.

In some jurisdictions legislation specifies who should be recognized as designated decision-makers (proxies) for incompetent people; this legislation should be followed. The term "proxy" is used broadly to identify those people who make a treatment decision based on the decision a person would have made for himself or herself (substitute decision-maker), people who help in determining what decision would be in the person's best interest and people whose appropriateness to make treatment decisions for the person is recognized under provincial legislation.

6. There is no obligation to offer a person futile or nonbeneficial treatment. Futile and nonbeneficial treatments are controversial concepts when applied to CPR. Policymakers should determine how these concepts should be interpreted in the policy on resuscitation, in light of the facility's mission, the values of the community it serves, and ethical and legal developments. For the purposes of this document and in the context of resuscitation, "futile" and "nonbeneficial" are understood as follows. In some situations a physician can determine that a treatment is "medically" futile or nonbeneficial because it offers no reasonable hope of recovery or improvement or because the person is permanently unable to experience any benefit. In other cases the utility and benefit of a treatment can only be determined with reference to the person's subjective judgement about his or her overall well-being. As a general rule a person should be involved in determining futility in his or her case. In exceptional circumstances such discussions may not be in the person's best interests. If the person is incompetent the principles for decision making for incompetent people should be applied.

#### *CPR as a treatment option*

The efficacy of CPR in restoring cardiac and respiratory functioning varies from nil to very high, depending on a number of factors. On the basis of research studies of such outcomes four general categories can be distinguished.

1. People who are likely to benefit from CPR.
2. People for whom benefit is uncertain.
3. People for whom benefit is unlikely.
4. People who almost certainly will not benefit.

These categories can be adapted to the particular circumstances of the care setting and are compatible with policies that establish levels of care or intervention.

#### *Competence*

Determination of competence is made by the attending physician in consultation with other caregivers. If the person

for whom resuscitation is being considered is incompetent, decisions should be made on his or her behalf as indicated earlier (guiding principles 4 and 5). If the person's incompetence is uncertain or intermittent, efforts should be made to facilitate the regaining of competence.

#### *Treatment decisions*

Treatment decisions about potential resuscitative interventions should be made within the context of discussions concerning the plan of treatment and on the basis of the person's medical condition and his or her expressed wishes. These decisions should be considered before the need for intervention arises or a crisis occurs. They should be made in the context of the person's autonomy and with full disclosure of options in a supportive environment.

1. People who are likely to benefit from CPR: There is a good chance that CPR will restore cardiac and respiratory function and that the restored function will be maintained. The likelihood of the person's returning to his or her pre-arrest condition is high.
2. People for whom benefit is uncertain: The person's condition or prognosis or both may not have been assessed before the loss of cardiac and respiratory function. It is unknown or uncertain whether CPR will restore functioning. The subsequent prognosis or the likelihood of adverse consequences is also unknown or uncertain.
3. People for whom benefit is unlikely: There is little chance that CPR will restore cardiac and respiratory function; even if the function is restored, it is unlikely to be maintained. The likelihood of the patient's returning to his or her pre-arrest condition is low.
4. People who almost certainly will not benefit: There is almost certainly no chance that the person will benefit from CPR, either because the underlying illness or disease makes recovery from arrest virtually unprecedented or because the person will be permanently unable to experience any benefit.

#### *Communication*

1. Health care recipients

Informed consent to any treatment implies that the individual has a clear understanding of the treatment options and the possible outcomes. Information must be provided in a language that the person can understand. The implications of the person's choices should be explored in the context of life goals, values and preferences.

Communication about CPR should take into account the clinical condition of the person:

- (a) People who are likely to benefit from CPR and people for whom benefit is uncertain will normally be made aware that emergency, life-saving measures will be instituted if the need arises. This information should be presented during discussion about the plan of treatment so as not to alarm the person.
  - (b) People for whom benefit from CPR is unlikely should be made fully aware of the limitations of CPR. Their life goals, values and preferences should be discussed before or shortly after admission to a health care facility, before the need for resuscitative intervention arises.
  - (c) People who almost certainly will not benefit from CPR are not candidates for CPR, and it should not be presented as a treatment option. Whether this is discussed with the person is a matter of judgement based on the circumstances of the case and the principles specified earlier.
2. Family members and significant others
 

Members of the health care team should encourage a per-

son to advise family members, significant others and potential proxy decision-makers of his or her decision about CPR. Such communication should be documented on the person's health record.

### 3. Health care providers

Decisions about whether CPR is an appropriate treatment option should be clearly noted on the person's health record along with the outcome of any discussions so that all health care providers involved in his or her care are aware of these decisions. Communication and discussion among those involved in providing care to the person are vital in ensuring that the individual's decisions are respected.

Because nurses, social workers and pastoral care workers have a unique opportunity to explore end-of-life issues in detail, they should be kept fully informed about the treatment plan of each person under their care, including decisions regarding CPR.

#### *Implementation of decisions*

##### 1. Situations in which CPR should be performed.

People likely to benefit from CPR should be given this treatment if the need arises, unless they have specifically rejected it.

People for whom the benefit of CPR is uncertain or unlikely should be given this treatment if the need arises, unless

they have specifically rejected it. CPR should be initiated until the person's condition has been assessed.

##### 2. Situations in which CPR should not be performed.

People who have rejected CPR and those who almost certainly will not benefit from it should not be given this treatment if an arrest occurs.

#### *Review of decisions*

Appropriate intervals for review of decisions concerning CPR should be determined. The review should follow the same guidelines as the original decision regarding resuscitation.

In the following circumstances a review of decisions should be undertaken immediately:

1. If a competent person (or proxy) changes his or her decision about resuscitation.
2. If there is a significant, unexpected change in a person's condition.

#### **Palliative care and other treatments**

A decision not to initiate CPR does not imply the withholding or withdrawing of any other treatment or intervention.

A person who will not receive CPR should receive all other appropriate treatments, including palliative care, for his or her physical, mental and spiritual comfort.



## DÉCLARATION CONJOINTE SUR LA RÉANIMATION (MISE À JOUR 1995)

**Cette déclaration conjointe aborde les sujets suivants : les principes directeurs à l'intention des établissements de santé pour l'élaboration de politiques relatives à la réanimation cardio-respiratoire (RCR), la RCR comme intervention possible, l'aptitude, la décision relative au traitement, sa communication, sa mise en oeuvre et sa révision, les soins palliatifs et autres traitements. Cette déclaration a été approuvée par l'Association canadienne des soins de santé, l'AMC, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association catholique canadienne de la santé, et a été rédigée avec la participation de l'Association du Barreau canadien.**

Cette déclaration conjointe vise à guider les établissements de santé dans l'élaboration de politiques relatives à l'administration appropriée de la réanimation cardio-respiratoire (RCR). Elle remplace la déclaration conjointe de 1984 sur les malades en phase terminale et s'applique à tous les bénéficiaires, y compris les enfants. Les auteurs de cette déclaration encouragent les établissements de santé à élaborer leur propre politique interne.

La RCR a été mise au point comme technique de traitement dans les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire subit et imprévu. On entend par RCR le bouche à bouche, la compression thoracique, la ventilation par respirateur à pression positive intermittente au masque et au ballon, l'intubation et la défibrillation. Or, sauf lorsque le dossier du patient contient un ordre précis à l'effet contraire (ne pas ranimer, ou NPR) inscrit par le médecin traitant, la RCR constitue maintenant une intervention normale dans à peu près tous les cas d'arrêt cardiaque ou respiratoire subit, imprévu ou non. (Dans le présent document, «arrêt» est réputé comprendre la bradycardie aiguë chez les enfants.)

Après plusieurs décennies d'expérience et d'examen, il apparaît maintenant qu'une telle intervention est bénéfique dans certains cas, qu'elle peut ne présenter aucun avantage dans d'autres cas et qu'elle peut même parfois être susceptible de causer un préjudice important. Dans ces derniers cas, non seulement la RCR échoue-t-elle en général, mais elle n'est pas de mise non plus, car elle peut ne servir qu'à aggraver la douleur et les souffrances du patient et à prolonger l'agonie. La décision de ne pas administrer la RCR ne signifie pas pour autant que l'on refusera d'administrer les autres traitements et soins de soutien, y compris les soins palliatifs.

Le moment est venu de réévaluer les interventions de réanimation en fonction de l'évolution du contexte social, qui reconnaît l'autonomie de l'individu, encourage de plus en plus les discussions publiques des problèmes de bioéthique et met l'accent sur le besoin de preuves empiriques à l'effet que les traitements ont des résultats positifs pour le patient.

### Élaboration de politiques

#### Généralités

On encourage les établissements de santé à avoir recours à un comité interdisciplinaire chargé d'élaborer une politique, de créer un programme de mise en oeuvre de celle-ci et de mettre en place un mécanisme de règlement des différends. Des membres du public devraient siéger à ce comité, qui devrait comprendre des représentants de la médecine, du nursing, du travail social, de la pastorale et d'autres disciplines, au besoin, et avoir accès à des juristes-conseils et à des éthiciens-conseils.

La politique devrait préciser les interventions de réanimation dont dispose l'établissement. La politique de même que le mécanisme de règlement des différends devraient être sensibles aux particularités culturelles et religieuses. Le programme de mise en oeuvre devrait prévoir l'éducation de tous ceux qui seront affectés par la politique, y compris les soignants. La politique doit être conforme aux lois fédérales, provinciales et territoriales pertinentes. Il faudrait revoir la politique régulièrement et la réviser au besoin à la lumière de l'évolution clinique, éthique et juridique en la matière.

Comme les politiques et les lignes directrices ne peuvent prévoir toutes les possibilités, les établissements de santé devraient faciliter et promouvoir des mécanismes de consultation appropriés afin de réagir rapidement à certains problèmes en particulier.

#### Principes directeurs

Les principes directeurs suivants constituent un élément intégral de l'élaboration de politiques sur la RCR :

1. Des soins de santé de qualité nécessitent le respect des différences culturelles et religieuses, une communication ouverte et des discussions franches entre les soignants, les bénéficiaires éventuels des soins, les membres de leur famille et leurs êtres chers.

2. Pour pouvoir prendre des décisions éclairées, une personne doit avoir suffisamment de renseignements sur les avantages, les risques et les résultats probables de toutes les options de traitement.
3. Une personne apte a le droit de refuser tout traitement clinique indiqué ou de retirer son consentement à un traitement, y compris les interventions de sauvegarde ou de maintien de la vie. Il peut être difficile d'évaluer l'aptitude parce qu'il ne s'agit pas toujours d'un état fixe. Une personne peut être apte à prendre des décisions dans certains aspects de sa vie et non dans d'autres. Une personne peut aussi avoir des épisodes d'inaptitude parce qu'elle est lucide et orientée à certains moments de la journée et non à d'autres. La définition et l'évaluation de l'aptitude selon la loi relèvent de la compétence des provinces et des territoires. Les établissements doivent connaître les lois (par ex., capacité de consentement et âge de consentement) relatives à l'évaluation et à la documentation de l'inaptitude.
4. Lorsqu'une personne est inapte, les décisions relatives aux traitements doivent s'appuyer sur les volontés qu'elle a exprimées, si elles sont connues. La décision de la personne peut se trouver dans une directive préalable ou avoir été communiquée au médecin, à d'autres membres de l'équipe de soins ou à d'autres personnes intéressées. Selon la province ou le territoire, des mesures législatives portent spécifiquement sur la prise des décisions relatives aux traitements médicaux à accorder aux personnes incapables; il faut se conformer aux exigences de la loi.
5. Lorsqu'on ne connaît pas les volontés d'une personne inapte, les décisions relatives aux traitements doivent être fondées sur ses meilleurs intérêts et tenir compte des aspects suivants :
  - a) ses valeurs et ses préférences connues,
  - b) les renseignements reçus de ses êtres chers, qui aideraient à déterminer ses meilleurs intérêts,
  - c) les éléments de sa culture ou de sa religion qui pourraient influencer une décision relative au traitement,
  - d) le diagnostic et le pronostic.

Selon la province ou le territoire, des mesures législatives stipulent qui doit être reconnu comme fondé de pouvoir (mandataire) désigné d'une personne inapte; il faut se conformer à ces lois. On utilise l'expression «mandataire» de façon générale pour désigner les personnes qui prennent une décision relative à un traitement en se basant sur la décision que la personne en cause aurait prise elle-même (décideur substitut), les personnes qui aident à déterminer les décisions qui sont dans le meilleur intérêt de la personne en cause et les personnes que les lois provinciales ou territoriales reconnaissent comme compétentes pour prendre des décisions relatives au traitement de la personne en cause.
6. Rien n'oblige à offrir à une personne des traitements futiles ou non bénéfiques. La question des traitements futiles ou non bénéfiques suscite la controverse dans le cas de la RCR. Les décideurs devraient déterminer comment interpréter ces concepts dans la politique sur la réanimation, en fonction de la mission de l'établissement, des valeurs de la collectivité qu'il dessert et de l'évolution au plan de l'éthique et de la loi. Aux fins du présent document et dans le contexte de la réanimation, les expressions «futiles» et «non bénéfiques» peuvent s'interpréter comme suit : dans certaines situations, un médecin peut établir qu'un traitement est «médicalement» futile ou non bénéfique parce qu'il n'offre à la personne aucun espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration, ou parce que la personne ne pourra jamais en retirer quelque avantage; dans d'autres cas, l'utilité et les avantages d'un traitement ne pourront être établis qu'en fonction du jugement subjectif de la personne en cause relativement à

son état général de bien-être; en règle générale, la personne doit participer à décider de la futilité d'un traitement qui la concerne; dans des circonstances exceptionnelles, il peut arriver que de telles discussions ne soient pas dans le meilleur intérêt de la personne; si la personne est inapte, on se conformera aux principes de la prise de décision qui s'appliquent dans les cas d'inaptitude.

#### *La RCR comme intervention possible*

L'efficacité de la RCR lorsqu'il s'agit de rétablir la fonction cardiaque et respiratoire varie de nulle à très élevée, selon un certain nombre de facteurs. À la suite de recherches effectuées sur ces résultats, on a proposé quatre grandes catégories de bénéficiaires éventuels de la RCR :

1. Les personnes pour lesquelles la RCR a des chances d'être salutaire.
2. Les personnes pour lesquelles les avantages de la RCR sont incertains.
3. Les personnes qui ont peu de chances de bénéficier de la RCR.
4. Les personnes pour lesquelles la RCR ne présentera presque certainement aucun avantage.

Ces catégories peuvent être adaptées aux circonstances particulières du milieu de soins et elles sont compatibles avec les politiques qui fixent le niveau de soin ou d'intervention.

#### *Aptitude*

C'est le médecin traitant qui, en consultation avec d'autres soignants, détermine l'aptitude du patient. Si la personne qu'on envisage de ranimer est inapte, les décisions doivent être prises en son nom de la façon décrite ci-dessus (principes directeurs 4 et 5). Si la personne est d'une lucidité incertaine ou intermittente, il faut essayer de l'aider à redevenir lucide.

#### *Décision relative au traitement*

Il faut prendre les décisions relatives au recours éventuel aux mesures de réanimation dans le contexte des discussions relatives au plan de traitement et en fonction de l'état de santé de la personne et de ses souhaits exprimés. Ces décisions doivent être prises avant que la réanimation s'impose ou qu'une crise ne survienne. La décision doit respecter l'autonomie de la personne en cause, à qui il faut révéler entièrement les choix qui se présentent à elle, dans un contexte de soutien.

1. Personnes pour lesquelles la RCR a des chances d'être salutaire : Les personnes dont l'état de santé est tel qu'elles ont de bonnes chances que la RCR puisse restaurer la fonction cardiaque et respiratoire et que la fonction ainsi rétablie puisse se maintenir. Les chances que la personne revienne à son état précédant l'arrêt sont élevées.
2. Personnes pour lesquelles les avantages de la RCR sont incertains : L'état de santé de la personne ou son pronostic, ou les deux, peuvent ne pas avoir été évalués avant l'arrêt des fonctions cardio-respiratoires. On ne sait pas si la RCR rétablira les fonctions ou on n'en est pas certain. Le pronostic ou le risque d'effets indésirables sont également incertains ou incertains.
3. Personnes qui ont peu de chances de bénéficier de la RCR : L'état de santé de la personne est tel qu'il y a peu de chances que la RCR rétablisse les fonctions cardio-respiratoires et, même si elle y arrivait, la fonction ainsi rétablie serait peu susceptible de se maintenir. Les chances que la personne revienne à son état précédant l'arrêt sont faibles.
4. Personnes pour lesquelles la RCR ne présentera presque cer-

tainement aucun avantage : L'état de santé de la personne est tel qu'il n'y a pratiquement aucune chance qu'elle bénéficie de la RCR, soit parce que sa maladie ou son état rendent presque impossible le rétablissement de ses fonctions, soit parce que la personne ne pourra jamais en retirer quelque avantage.

### *Communications*

#### 1. Bénéficiaires des soins de santé

Pour qu'une personne puisse donner son consentement éclairé à un traitement, cela suppose qu'elle comprenne bien les choix de traitement et leurs résultats éventuels. Les renseignements doivent être formulés de telle sorte que la personne en cause puisse aisément les comprendre. Il faut explorer les ramifications des choix de la personne en fonction de ses objectifs de vie, de ses valeurs et de ses préférences.

Les discussions relatives à la RCR doivent tenir compte l'état clinique de la personne :

- a) Les personnes pour lesquelles la RCR a des chances d'être salutaire et celles pour lesquelles les avantages de la RCR sont incertains seront normalement informées qu'une intervention d'urgence pour leur sauver la vie sera administrée au besoin. On soulèvera cette question au moment de parler du plan de traitement et on veillera à la présenter de façon à de pas inquiéter la personne.
- b) Les personnes qui ont peu de chances de bénéficier de la RCR seront pleinement informées des limites de cette intervention dans leur cas. Il faudra discuter de leurs objectifs de vie, de leurs valeurs et de leurs préférences avant leur admission dans un établissement de santé ou peu après, mais avant que ne survienne le besoin de la RCR.
- c) Chez les personnes pour lesquelles la RCR ne présenterait presque certainement aucun avantage, cette intervention ne sera pas retenue comme possibilité de traitement ni présentée comme telle. Il faudra juger selon les circonstances la question de savoir s'il y a lieu de discuter de cette question avec la personne en cause, en fonction des principes énoncés ci-dessus.

#### 2. Membres de la famille et personnes chères

Les membres de l'équipe de soins doivent encourager la personne en cause à informer les membres de sa famille, ses êtres chers ou ses mandataires éventuels de sa décision à l'égard de la RCR. Ces échanges doivent être consignés au dossier de santé de la personne.

#### 3. Personnel soignant

La décision relative à l'inclusion ou à l'exclusion de la RCR comme choix de traitement doit être clairement consignée au dossier de santé de la personne, en même temps que les ré-

sultats de toute discussion, de façon à ce que tous les soignants participant au traitement soient informés de ces décisions. Pour assurer que les décisions de la personne soient respectées, il est vital que les membres de l'équipe de soins communiquent entre eux et discutent de la situation de la personne en cause.

Étant donné que le personnel infirmier, les travailleurs sociaux et les responsables de la pastorale ont particulièrement l'occasion d'aborder en détail les questions entourant la mort, il faut garder ces intervenants parfaitement au courant du plan de traitement, y compris des décisions relatives à la RCR, qui concernent chacune des personnes confiées à leurs soins.

### *Mise en oeuvre des décisions*

#### 1. Situations dans lesquelles la RCR devrait être administrée.

Les personnes pour lesquelles la RCR a des chances d'être salutaire doivent recevoir ce traitement au besoin, à moins de l'avoir spécifiquement refusé.

Les personnes pour lesquelles les avantages de la RCR sont incertains et celles qui ont peu de chances de bénéficier de la RCR doivent recevoir ce traitement au besoin, à moins de l'avoir spécifiquement refusé. Tant qu'une évaluation de l'état de santé de la personne n'a pas été faite, on doit administrer la RCR.

#### 2. Situations dans lesquelles la RCR ne devrait pas être administrée.

Les personnes qui ont refusé la RCR et celles pour lesquelles la RCR ne présenterait presque certainement aucun avantage ne doivent pas recevoir ce traitement en cas d'arrêt.

### *Révision des décisions*

On doit prévoir de réviser à intervalle régulier les décisions au sujet de la RCR. Cette révision doit tenir compte des mêmes directives que la décision originale à ce sujet.

Il faut revoir les décisions sur-le-champ dans les circonstances suivantes :

1. Si une personne apte (ou son mandataire) change d'idée au sujet de la réanimation.
2. Si l'état d'une personne change pour la peine et de façon imprévue.

### **Soins palliatifs et autres traitements**

La décision de ne pas chercher à ranimer une personne ne veut pas dire qu'il faut cesser ou éviter tout autre traitement ou intervention.

Une personne qui ne recevra pas d'intervention de RCR doit recevoir tous les autres traitements appropriés, y compris les soins palliatifs, nécessaires à son confort physique, psychologique et spirituel.